

## Gestão do transporte eletivo no Sistema Único de Saúde e a referência intermunicipal na perspectiva do usuário em situação de mobilidade

Management of elective transport in the Brazilian Unified Health System - SUS - and the intermunicipal reference from users' perspective in a mobility situation

Gestión del transporte electivo en el Sistema Único de Salud brasileño - SUS - y la referencia intermunicipal en la perspectiva del usuario en situación de movilidad

Lucília Nunes de Assis<sup>1</sup>, Marilene Barros de Melo<sup>2</sup>, Luiz Carlos Brant<sup>3</sup>, Davidson da Silva<sup>4</sup>, Cristiana Ferreira Jardim Miranda<sup>5</sup>

### Resumo

As Redes de Atenção à Saúde são serviços articulados que disponibilizam atenção integral e tem como uma de suas estratégias o transporte eletivo em saúde que favorece o acesso, intervindo em barreiras geográficas e financeiras. Buscou-se caracterizar o perfil de usuários em mobilidade, aspectos do deslocamento e do acesso aos serviços em município de referência. Entrevistaram-se 384 usuários sobre perfil, deslocamento e acesso.

Analysaram-se distribuição de frequências, medianas, diferenças interquartílicas e coeficiente de *Spearman* ( $p < 0,05$ ). Observaram-se a importância do transporte da gestão municipal e estadual para deslocamento (88%); média de 3,5 h de viagem; predomínio do encaminhamento pela gestão/profissionais e mediana de espera pelo atendimento, 83 dias. Os obstáculos distância geográfica, longo tempo de espera para o atendimento e o pequeno poder aquisitivo por parte expressiva dos usuários em situação de mobilidade foram minimizados pela acessibilidade proporcionada pelo transporte eletivo em saúde e a disponibilidade dos recursos da rede do município de referência em proporcionar longos tratamentos.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde; Regionalização; Gestão de Serviços de Saúde.

<sup>1</sup> Analista em Pesquisa e Educação em Saúde da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia; Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Brasil.

<sup>2</sup> Superintendente de Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais; Doutorado em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>3</sup> Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais; Doutorado em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>4</sup> Analista de Sistemas da Diretoria de Programação Pactuada Integrada da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Graduado em Sistemas de Informação pelo Centro Universitário

<sup>5</sup> Especialista em Gestão e Política de Saúde, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Graduada em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Minas Gerais; Doutorado em Ciência Animal pela Escola de Veterinária da UFMG.

## Abstract

Health Care Networks are coordinated services that provide integral care and have as one of their strategies the elective transportation in health that favors access that intervenes in geographical and financial barriers. The aim of this study was to characterize the profile of users in mobility, aspects of displacements and of access to services in a reference municipality. Interviews on profile, displacement and access were conducted with 384 users. The distribution of frequencies, medians, interquartile differences and Spearman's coefficient ( $p < 0.05$ ) were analyzed. It was observed the importance of transportation of municipal and state managements for displacement (88%); 3.5 hours of travel; predominance of referral by management / professionals, and median waiting for care 83 days. Obstacles geographic distance, long waiting time for service and small purchasing power for significant portion of users in mobility situation were minimized by the accessibility provided by elective transportation in health and resources availability of the network of the municipality of reference in providing long treatments.

**Keywords:** Health Services Accessibility; Health Care Delivery; Regional Health Planning; Health Services Management.

## Resumen

Las Redes de Atención a la Salud se articulan en los servicios que proporcionan una atención integral y tienen como una de sus estrategias de salud electiva favorecer el acceso de transporte, que interviene en las barreras geográficas y financieras. Hemos tratado de caracterizar el perfil de usuario en movilidad, aspectos de desplazamiento, y el acceso a los servicios en la municipalidad de referencia. Los investigadores entrevistaron a 384 usuarios acerca de perfil, desplazamiento y acceso. Se analizó la distribución de frecuencias, mediana, cuartiles diferencias y coeficiente de correlación de Spearman ( $p < 0,05$ ). Se señaló la importancia del transporte de la gestión municipal y estatal para desplazamiento (88%); promedio de 3,5 horas de viaje; predominio de encaminar la gestión / profesional y la mediana de espera para el servicio, 83 días. Obstáculos distancia geográfica, largas esperas para el servicio y la pequeña capacidad de compra de una proporción significativa de los usuarios en situación de movilidad fueron minimizados por la accesibilidad proporcionada por el transporte electivo en la salud y la disponibilidad de la municipalidad de referencia de los recursos de red para proporcionar tratamientos largos.

Descriptores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Prestación de Atención de Salud; Regionalización; Administración de los Servicios de Salud.

## **Introdução**

Na contemporaneidade, o campo da saúde tem como um de seus desafios construir estratégias de qualificação dos processos organizativos do cuidado para assegurar o princípio da integralidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, implantaram-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS) visando superar a fragmentação e a hierarquização do sistema e gerenciá-lo para contemplar as condições crônicas e agudas em suas diferentes densidades tecnológicas, além da qualificação da atenção primária à saúde, responsável pela integração, coordenação e resolução da maioria das necessidades de saúde da população.

As Redes de Atenção à Saúde são constituídas a partir de serviços com padrões tecnológicos próprios que se organizam de forma a disponibilizar, a partir da prática de suas equipes, processos de atenção em saúde monitorados e compartilhados com o usuário, sujeito de necessidades e desejos de cuidado. Portanto, as RAS caracterizam-se por interesses comuns e são formadas por um amplo conjunto de estruturas interdependentes, policêntricas, flexíveis,

marcadas pela participação, diálogo e diversidade, com base na territorialidade, no planejamento por demanda, no financiamento por captação, na atenção integral, no cuidado multiprofissional e na sua continuidade e atenção às condições crônicas e agudas<sup>(1-3)</sup>.

O principal propósito das RAS é garantir o acesso efetivo, a integralidade e a atenção de qualidade ao usuário. Para tanto, entendem-se as diversas dimensões imbricadas quanto ao conceito do acesso em saúde, conforme dispõe Levesque, Harris e Russell<sup>(4)</sup>. Neste âmbito, inclui-se a percepção das necessidades de saúde pelo usuário, o que implica em dimensões subjetivas, socioculturais, econômicas e de informação que condicionam sua busca pelo serviço e tipo de atendimento, bem como a forma da abordagem das necessidades de saúde pelo profissional, seus valores, cultura, normas e experiência profissional.

Esses autores ainda relacionam tal acesso à disponibilidade ou à organização dos serviços de saúde em um território e os recursos que possuem; aos custos diretos e indiretos quanto ao deslocamento e utilização dos mesmos, frente à distância geográfica e disponibilidade financeira do usuário e ao tempo hábil do atendimento, à qualidade da atenção, à interação interpessoal, à coordenação e à

continuidade do cuidado. Já Travassos e Martins<sup>(5)</sup> alertam que o acesso contempla, ainda, a efetividade da ação cuidadora.

No âmbito da gestão e da organização dos processos de trabalho em saúde, prontuários eletrônicos, centrais de regulação, auditorias e ouvidorias são instrumentos indispensáveis à efetividade dessa rede, na perspectiva de contribuir com vários aspectos do acesso à atenção em saúde<sup>(6)</sup>.

A operacionalização de tal acesso pelo usuário também pressupõe a oferta de meios de transporte para seu deslocamento. Trata-se de uma estratégia de gestão para superar obstáculos geográficos, financeiros, favorecer a informação quanto à rede de serviços disponível e contribuir para o fluxo de atendimento<sup>(7)</sup>.

Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil do usuário em situação de mobilidade para um município de referência enfocando aspectos do deslocamento e do acesso aos serviços de média e alta complexidade em saúde, no período de novembro de 2015 a abril de 2016.

A importância deste estudo leva em consideração que a sua temática se constituiu em uma experiência singular de gestão no sentido de favorecer o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) conforme disposto pela Portaria 55<sup>(8)</sup>.

## **Materiais e Métodos**

Este estudo descritivo epidemiológico constitui parte de uma pesquisa sobre o transporte eletivo em saúde para um município de referência – uma capital da Região Sudeste do Brasil<sup>(9)</sup>.

O número de participantes foi calculado com base em uma amostra aleatória e não probabilística de usuários em situação de mobilidade com possível acesso garantido ao serviço de referência no município em questão, tendo por base de cálculo o universo populacional de mais de 100 mil habitantes no ano de 2015, conforme PPI/MG<sup>(10)</sup>. Assim, calculou-se a amostra a partir de uma população infinita, com nível de confiança de 95%, em um total de 384 participantes<sup>(11)</sup>.

Pontos estratégicos quanto à chegada e partida de usuários em deslocamento para tratamento de saúde no município de referência foram utilizados para a aplicação de um questionário, no período de novembro de 2015 a abril de 2016. A definição desses locais baseou-se no em um estudo piloto realizado em 2011 pela Subsecretaria de Gestão Regional da Secretaria Estadual de Saúde em Minas Gerais, que teve como objetivo geral a identificação da procedência e da demanda por ações e serviços de saúde dos usuários do SUS que transitam na região hospitalar

do município de referência<sup>(12)</sup>, além de informações dessa subsecretaria de outras unidades de atendimento às quais tinham como destino esses usuários.

Um teste piloto a partir de 10% da amostra (39 questionários) foi realizado com o objetivo de avaliar a organização das variáveis conforme unidades temáticas, a pertinência e a clareza das mesmas, a fim de adequar o instrumento anterior à sua aplicação<sup>(13)</sup>.

Os critérios de inclusão para participação foram ser maior de 18 anos ou estar acompanhado por responsável legal e estar em deslocamento para o município de referência por motivo de tratamento de saúde.

O questionário incluiu variáveis que, uma vez agrupadas, caracterizaram o perfil do usuário (raça, sexo, idade, escolaridade e renda), o deslocamento (tipo de veículo, responsável pelo veículo, frequência de uso, tempo de duração da viagem e tempo de permanência previsto) e a atenção à saúde (tipo de serviço de referência, origem do encaminhamento, tempo de espera pelo agendamento e atendimento, disponibilidade do tratamento no município de origem/município mais próximo e especialidade médica).

Observaram-se nas variáveis estudadas a distribuição das frequências

relativas e medidas de posição como mediana e diferença interquartilica. O grau de associação entre as variáveis baseou-se no coeficiente de correlação de *Spearman*, tomando como resultado estatisticamente significativo os valores de  $p < 0,05$ . Utilizou-se o Programa de Análise Estatística R, versão 3.0.0 (2013-04-03).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa de um Hospital Universitário, sob o parecer nº 1.021.236 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Dentre o total de 384 respondentes, a maioria das informações foi obtida a partir dos próprios usuários em mobilidade para o município de referência (222; 58%) e as demais por acompanhantes (162; 42%). Desse total, 361 souberam informar ou referiram ser brancos (170; 47%), pretos (101; 28%), moreno/moreno claro/mulato/pardo (79; 22%) ou amarelo/indígena (11; 3%).

Dentre as informações pertinentes aos usuários em mobilidade identificou-se o predomínio do sexo feminino, em uma proporção de 59% (228). As faixas etárias, de acordo com a preconização do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso, foram de usuários adultos em sua maioria (248; 65%), entre 19 a 59 anos de

idade. Enquanto que idosos com 60 ou mais anos e crianças de 0 a 11 anos foram representados de forma equânime, por 52 a 54 indivíduos (14%), e os adolescentes em um percentual de 7% (30)<sup>(14)</sup>.

Do total de respondentes (384), havia 27 crianças de 6 a 11 anos, em idade escolar, sendo que não se obteve informações de quatro delas sobre as respectivas séries que cursavam. As demais, tinham ensino fundamental incompleto, sendo uma analfabeta, aos 7 (sete) anos. Quanto aos adolescentes (30), as faixas etárias corresponderam às séries escolares referidas, com exceção de um adolescente de 14 anos, analfabeto, cujo serviço de referência para atendimento no município de referência era a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Dos 248 adultos, apenas dois não tiveram a escolaridade identificada, sendo que para o restante prevaleceu em mesma proporção, 34% (84), ensino fundamental incompleto e ensino médio completo. A escolaridade dos 54 idosos destacou-se como ensino fundamental incompleto (35; 65%) e analfabetos (8; 15%).

Dentre as informações de renda familiar dos 384 usuários em mobilidade foi possível identificar a faixa de renda familiar de 99,5% (382), onde cerca de 80% (301) apresentavam renda na faixa

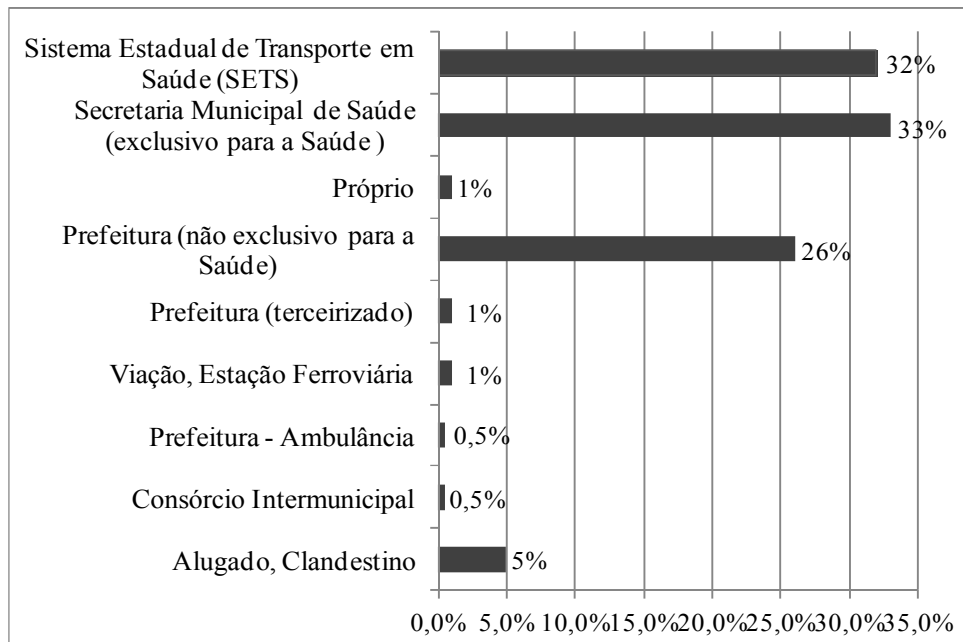
entre zero até dois Salários Mínimos (SM) e 19% (74) entre dois a quatro SM.

A maioria (338; 88%) dos usuários em mobilidade referiu ou foi referido como SUS dependentes, sendo que o fato de possuir maior renda encontrou relação proporcional com a não dependência exclusiva do SUS ( $\rho$ : 0,15;  $p < 0,05$ ).

O tipo de veículo predominante de transporte de usuários e acompanhantes em mobilidade foi do tipo van e micro-ônibus (87%, 334), incluindo três Doblôs e uma Kombi.

Três respondentes não souberam informar e nem foi possível identificar a propriedade de dois micro-ônibus e de uma van que realizaram o transporte destes usuários até o município de referência para a realização de tratamento de saúde. Dentre os demais, 381 informantes, cerca de 93% (355) utilizaram transportes sob responsabilidade da gestão pública municipal ou estadual, sendo que, além destes, houve um passageiro que viajou de trem com custeio da prefeitura do município de origem. O Gráfico 1 descreve os responsáveis ou proprietários dos veículos utilizados por usuários e acompanhantes, segundo informações obtidas.

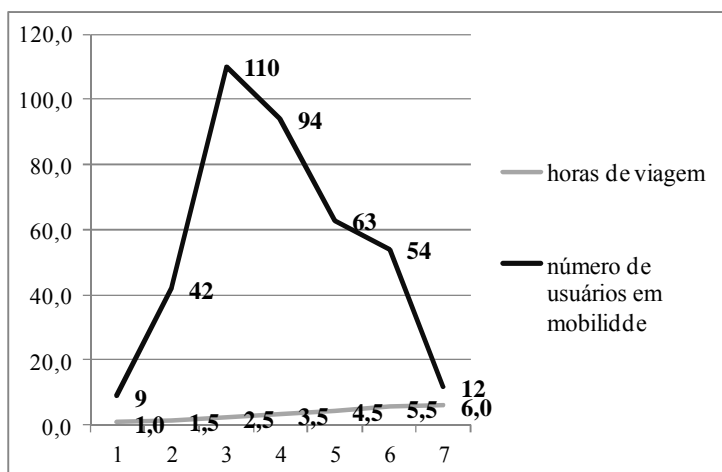
Gráfico 1 - Tipos de responsáveis pela oferta dos veículos utilizados pelos usuários em mobilidade, segundo referência dos respondentes, Belo Horizonte/MG, 2016



Fonte: Elaborado pelos autores

A média de horas de viagem dos usuários em mobilidade foi de 3,5 horas, sendo que a metade destes se deslocou a partir desse período até 6 horas, conforme demonstra o Gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2 – Relação entre duração da viagem e o número de referências segundo usuário ou respectivo acompanhante em mobilidade para Belo Horizonte/MG, 2016



Fonte: Elaborado pelos autores

Faz constar que não se encontrou associação entre tipo de transporte ou de responsável pelo transporte e a distância em horas da viagem ( $p>0,05$ ).

A maioria dos usuários em mobilidade (97%; 371) não tinha intenção de permanecer no município de referência, com previsão de regresso no mesmo dia da chegada. Dentre os treze restantes, cerca da metade previa ficar de um a três dias e os demais por tempo indeterminado. Constatou-se que quanto maior a idade, maior a previsão da estada ( $\rho=0,17$ ;  $p<0,05$ ).

Dentre os 384 usuários em mobilidade identificou-se que 345 (90%) eram ou faziam referência a usuários em tratamento, que vinham fazer ou tinham feito procedimento pelo SUS. As informações de 330 (86%) possibilitaram a identificação da instituição ou do serviço de saúde à qual se encaminhavam, conforme demonstra o Quadro 1, onde apenas 7% (22) destes não atendiam pelo SUS ou não tinham convênio com o mesmo.



Quadro 1- Referência dos usuários em mobilidade ou respectivos acompanhantes para Belo Horizonte quanto ao serviço de atendimento a que se encaminhavam, Belo Horizonte, 2016

Serviço de saúde do tratamento do usuário em mobilidade para BH	Nº referências
Complexo Ambulatorial e Hospitalar das Clínicas (SUS)	115
Centro de Especialidades Médicas de Belo Horizonte (SUS)	58
Santa Casa (SUS)	57
FHEMIG-Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (SUS)	19
Hospital da Baleia (SUS)	13
Hospital Evangélico (convênios não SUS)	9
Instituto Mário Pena-Hospital Luxemburgo (convênio SUS)	8
Hemominas (SUS)	7
IPSEMG - Instituto de Previdência do Servidor Estadual (não SUS)	7
Complexo Hospitalar São Francisco (SUS)	6
Pronto Atendimento Médico Municipal - PAM (SUS)	5
Hospital Felício Rocho (convênio SUS)	4
Associações Benéficas (convênio SUS)	2
CARE- Centro de Alongamento e Reconstrução Membros (convênios não SUS)	2
Laboratório Hermes Pardini (convênios não SUS)	2
Hospital Life Center (convênios não SUS)	2
Medicina Diagnóstica Axial (convênios não SUS)	2
Clínica Alves de Souza (convênios não SUS)	1
Hospital Municipal do Barreiro (SUS)	1
CTC- Centro de Tomografia Computadorizada (convênio SUS)	1
INAL-Centro de Medicina Nuclear (convênios não SUS)	1
Lume-Diagnósticos por Imagem (convênios não SUS)	1
Núcleo de Saúde Barreiro (convênios não SUS)	1
Plano de Saúde e/ou Associação Benéfica de Empregados da Belga Mineira ou Arcelor Mittal - ABEB (convênio SUS)	1
PUC-Faculdade de Odontologia (convênio SUS)	1
Rede Sara Kubitschek (Instituição Civil de Utilidade Pública/SUS)	1
UltraCenter-Centro de Diagnósticos Médicos (convênios não SUS)	1
Centro Avançado em Diagnóstico-Barro Preto (convênios não SUS)	1
UNIMED (cooperativa médica não SUS)	1
Serviços não identificados	54
TOTAL	384

Fonte: Elaborado pelos autores

Dentre as informações obtidas com 384 acompanhantes e usuários, também foi possível identificar 368 origens do encaminhamento para a realização do atendimento no serviço do município de referência. Faz-se aqui destacar que essa informação considerou a referência verbalizada pelo participante, visto que

apenas 7% (28) do total (384), apresentaram no momento da entrevista algum tipo de documento de encaminhamento para o atendimento. O Quadro 2 a seguir descreve as referências quanto à origem do encaminhamento e aponta que dezesseis informantes alegaram não se lembrar ou saber sobre o tema:

Quadro 2 – Origem do encaminhamento para o atendimento no serviço de saúde de Belo Horizonte, conforme informação verbalizada pelo participante:

Origem do encaminhamento	Nº de referências
Secretaria Municipal de Saúde do município de origem	163
PSF/UBS/Posto de Saúde do município de origem	88
Próprio serviço de referência em BH	49
Hospital da região de saúde de origem	24
Usuário	8
Médico particular	5
Plano de saúde	5
Unidade de Saúde do município de BH	5
Serviço de agendamento estadual	4
Assistente Social	3
Hemominas Regional	2
Médico da região de saúde de origem	2
Parente residente em BH	2
Unidade de Saúde da região de origem	2
Emergência/Urgência	1
Escola do município de origem	1
Ex-vereador	1
Hospital da UNIMED	1
Prefeito	1
Promotor de Justiça	1
Não souberam informar	16

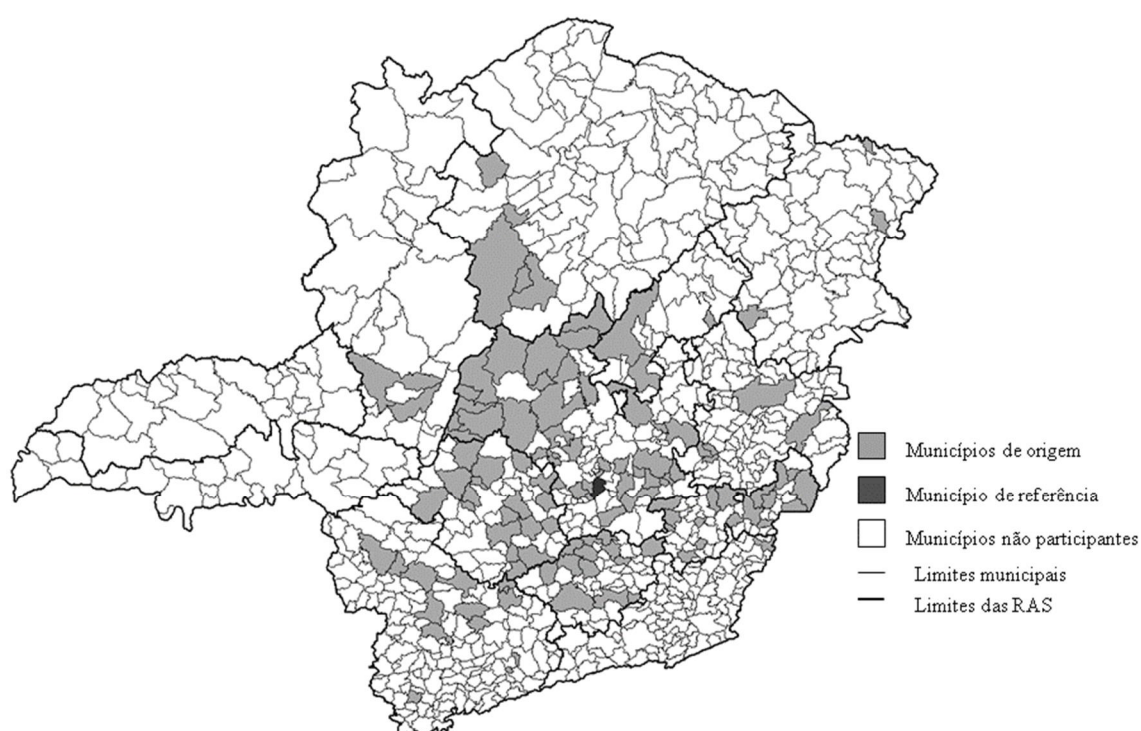
Total	384
-------	-----

Fonte: Elaborado pelos autores

Os municípios de origem dos usuários em mobilidade que vieram para tratamento no município de referência representaram 118 dos 853 municípios do Estado de MG, localizados em 41 das 77 Regiões de Saúde, englobando onze das

treze Regiões Ampliadas de Saúde (RAS), conforme demonstra Mapa 1:

Mapa 1 – Municípios de origem dos usuários em mobilidade para tratamento de saúde no município de referência, Belo Horizonte, 2016



Fonte: Elaborado pelos autores

O entendimento de que poderiam ser atendidos no próprio município de origem foi menos referido por aqueles que vinham em busca da atenção em saúde, em comparação quando se questionou se haveria a possibilidade de realizar tal

cuidado em município próximo ao que residia. Mesmo assim, apenas 28% (107) dos 384 respondentes apontaram essa última possibilidade.

A dificuldade de acesso à atenção a usuários em mobilidade referida

anteriormente foi coerente com o tempo de espera, entre agendamento e atendimento, estimado por 379 dos 384 usuários ou acompanhantes de usuários em tratamento de saúde, cuja mediana foi de 83 dias. Para metade dos usuários não foi necessário aguardar, por se tratar de encaminhamento de urgência/emergência ou esperou até 83 dias, e a outra metade teve o agendamento do seu atendimento no prazo de 83 dias a um ano.

O uso frequente do transporte eletivo em saúde, ofertado pela gestão municipal ou estadual, também sugeriu a existência de um vínculo dos usuários com a atenção ofertada no município de referência, pois 52% (200) referiram já ter usado de seis a 96 vezes, e 20% (77) considerou o número de vezes incontável, devido à longa duração do tratamento; apenas 7% (28) dos 384 participantes referiram ter utilizado esse transporte específico pela primeira vez.

A análise permitiu identificar, a partir dos tipos de tratamento/procedimento referidos por 349 desses 384 respondentes, as especialidades médicas relacionadas, onde se destacaram oftalmologia (52), oncologia (35), ortopedia (32), cardiologia (21), dermatologia (20) e otorrinolaringologia (18), correspondendo a mais da metade do

total, sendo que o restante incluiu ainda cerca de outras 31 especialidades médicas.

Em geral, os procedimentos referidos foram exames de diagnóstico de imagem prévios a procedimentos ou para tratamentos, consultas de retorno após cirurgias, internações, tratamentos contínuos com especialistas, emergências envolvendo traumas, pré-natal de risco, entre outros. Dessa forma, pode-se pressupor um rol de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade.

## Discussão

Os principais achados deste estudo apontaram a dependência ao SUS de usuários de baixa renda. Fato que sinaliza a importância do transporte sob responsabilidade da gestão municipal e estadual para o deslocamento desses usuários e respectivo favorecimento do acesso aos serviços de referência. O encaminhamento de usuários, a partir do local de origem, por profissionais de saúde e por gestores, também foi uma evidência. Entre as especialidades mais procuradas, algumas coincidiram com os principais agravos e morbimortalidades que compõem o atual perfil epidemiológico do país.

O predomínio de usuários adultos e idosos, de baixa renda, pode ser

relacionado à busca por ações curativas e reparadoras, considerando as especialidades identificadas segundo tipos de tratamento referidos. Tal fato, coincide com dificuldades inerentes à população de menor poder aquisitivo quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde, sendo que, quando o fazem é por motivo do adoecimento e não da prevenção ou realização de exames para diagnósticos precoces<sup>(7)</sup>.

Nessa perspectiva, pode-se entender o transporte organizado pela gestão pública da saúde como um fator que favoreceu o deslocamento geográfico do usuário ao local de disponibilidade do serviço, podendo ter contribuído ainda para a potencialização do acesso, por meio da divulgação e informação acerca da existência serviços de referência<sup>(15)</sup>.

Essa divulgação ou informação aponta os papéis centrais desempenhados pela gestão municipal e pelos profissionais de saúde da rede municipal/regional de origem ou do próprio município de atendimento, no que tange ao encaminhamento dos usuários para os serviços de referência. Tal situação é coerente com a assertiva de que o primeiro contato de quem busca cuidado, geralmente, é do usuário, mas as ações subsequentes são de responsabilidade dos profissionais da rede, independentemente

da localização geográfica ou tipo de unidade de saúde em que se encontram<sup>(5)</sup>.

O estudo favoreceu ainda indagações sobre a existência e respectiva identificação dos componentes da regulação que permearam a gestão e o cotidiano dos profissionais que fizeram os encaminhamentos em questão. A compreensão da regulação enquanto produção social, sob condicionamento histórico, cultural e social, está explícita nas inúmeras vezes que os usuários mencionaram seus deslocamentos em busca de serviços caracterizados como grandes complexos ambulatoriais e hospitalares públicos, típicos de uma região metropolitana<sup>(16)</sup>.

O longo tempo de espera para o atendimento de parte relevante dos usuários aponta que a interação entre os profissionais de saúde a partir de um contínuo fluxo de comunicação (referência/contra referência), considerando a distância geográfica demonstrada, seria um fator que potencializaria a qualidade e continuidade da atenção. Entretanto, há de se interpretar que as maiores distâncias percorridas, bem como o tempo de deslocamento, evidenciaram uma oferta de serviços de apoio diagnóstico, ou outro tipo de atenção especializada e assistência hospitalar, ocorridos fora da Região de Saúde ou

Região Ampliada de Saúde do município de origem do usuário. Para tanto, se faz necessário reorganizar alguns serviços de saúde na perspectiva da RAS, desenvolver tecnologias de gestão compatíveis, dependentes de avanços no campo da informação e informática em saúde e, de forma realista, garantir a disponibilidade de computadores e rede de internet no âmbito municipal<sup>(17-18)</sup>.

Por fim, há de se refletir sobre o favorecimento do acesso e efetividade da atenção por meio de redes de sujeitos, constituídas a partir da democratização de conhecimentos, do planejamento e descentralização integrada, da cooperação, da negociação/consenso, do respeito às diversidades socioculturais, da solidariedade, em detrimento dos conflitos permanentes, cooptação ou perda de poder dos mais fracos, individualismo e personalismo<sup>(3)</sup>.

## Conclusão

Os obstáculos distância geográfica, longo tempo de espera para o atendimento e o pequeno poder aquisitivo por parte expressiva dos usuários em situação de mobilidade foram minimizados pela acessibilidade proporcionada pelo transporte eletivo em saúde e a disponibilidade dos recursos da rede do

município de referência em proporcionar longos tratamentos.

Aspectos avaliativos relacionados ao transporte e tratamento de saúde não foram possíveis de serem considerados neste artigo, representando limitações a serem superadas pela abordagem qualitativa contemplada na pesquisa.

## Referências

- 1- Fleury S, Ouverney AM. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204 p.
- 2- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
- 3- Santos L, Andrade LOM. Redes no SUS: marco legal. In: Silva, SF. Redes de Atenção à saúde: desafios na regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas: Saberes; 2013. p.32-33.
- 4- Levesque J-F, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* [periódico na Internet]. 2013 [citado 2016 jul. 31]; 12(18): 2-9. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>
- 5- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 Supl 2: 190-8.
- 6- Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2016 jun. 17]; 377(9779):11-31. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf)
- 7- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2016 jul. 23]; 17(11); 2865-75. Disponível

em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>

- 8- Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 55, de 24 de fevereiro 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília, 26 fev. 1999. Seção 1, p.116.
- 9- Autor. 2016.
- 10- Minas Gerais. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Consolidação Programação Pactuada e Integrada - PPI /MG [banco de dados na Internet]. 2015 [citado 2015 jul. 24]. Disponível em: <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/>
- 11- Cochran WG. Sampling Thecniques. 3<sup>a</sup> ed. Califórnia/USA: Wiley; 2007.
- 12- Leles F. Pesquisa sobre veículos na região hospitalar de Belo Horizonte/MG: Relatório de Teste Piloto. Belo Horizonte: Subsecretaria de Gestão Regional, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2011.
- 13- IAROSSE, G. The Power of Survey Design: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents. Washington, D.C: The Word Bank [livro na Internet] .2006 [citado 2015 jul. 22]; 262 p. Disponível em: < <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/6975/350340The0Power0REV01OFFICIAL0USE1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 14- Brasil. Lei n. 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília 3 out. 2003. Seção 1, p.1.
- 15- Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica [periódico na Internet]. 2012 [citado 2015 jul. 21]; 31(3):260–8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>
- 16- Cecilio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad Saúde Pública[periódico na Internet]. 2014 [citado 2015 jul. 21]; 30(7):1502-14. Disponível em: [http://www.scielosp.org/article\\_plus.php?pid=S0102-311X2014000801502&tlng=pt&lng=pt](http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S0102-311X2014000801502&tlng=pt&lng=pt)
- 17- Ferla AA, Ceccim RB, Pelegrini MLM. Atendimento Integral: a Escuta da Gestão Estadual do SUS. In: Pinheiro R.; Mattos A, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2010. p. 63-90.
- 18- Moraes, IHS. Sistemas de Informação em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, editores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedbookK; 2013. p. 649-65.

Recebido: 15.02.2017

Revisado: 10.06.2017

Aprovado: 20.11.2017